

Stellenwert der Qualitätssicherung in der zukünftigen Gesundheitsversorgung -Anforderungen aus Sicht des BMGS-

27. Deutscher Krankenhaustag, Düsseldorf

25.11.2004

Ministerialrätin Dr. Hiltrud Kastenholz

Leiterin des Referates für Qualitätsmanagement und Personal im Krankenhaus

„Mit manifesten Beschwerden im Sinne eines Burn-outs haben mindestens 20 Prozent aller Ärzte zu kämpfen. In bestimmten Arztgruppen sind noch weit mehr betroffen. Die öffentliche Meinung und die immer höheren Qualitätskriterien verlangen den fachlich unangreifbaren Mediziner mit möglichst hoher emotionaler Kompetenz“

Ärzteblatt vom 13. August 2004, Heft 33
„Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe“

Gliederung

- Historie
- Gesetzliche Grundlagen und ihre Umsetzung
 - Externe Qualitätssicherung
 - Qualitätsbericht
 - Mindestmengen
 - Risikomanagement
- Benchmarking
- Patientenbeteiligung

Entwicklung

- 1924 Ärztetag in Bremen: Richtlinien über Voraussetzungen zur Berufsausübung („Strukturqualität“)
-
- 1975 Beginn der routinemäßigen Perinatalerhebung u. Auswertung
- 1976 Prof. Schega Tracerdiagnosen in der Chirurgie
-
- 1989 Gesundheitsreformgesetz erstmals bundesgesetzliche Verankerung der Qualitätssicherung (Beteiligung an QS)

Qualitätssicherung wichtiger Bestandteil der GKV-Reformen

Grundsätze:

- Rahmenvorgaben
- Gestaltung durch Selbstverwaltung und einzelne Leistungserbringer
- vereinbarte Vorgaben sind für alle Leistungserbringer verbindlich

GKV-Reform 2000

- Verpflichtung aller Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität
- Vorgabe eines einrichtungsinternen QM in Krankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen (§135a i.V.m. 137 SGB V)
- Bundeseinheitliche Vorgaben für Krankenhäuser lösen landeseigene Vorgaben weitestgehend ab
 - = > Ziel des Gesetzgebers: Verbesserung der Ergebnisqualität

Verpflichtende QS-Verfahren nach § 137 SGB V

- Verfahren der **externen stationären Qualitätssicherung**, durchgeführt durch die BQS
- Datenauswertung ermöglicht
 - Aufspüren von Stärken und Schwächen
 - Vergleichbarkeit der Krankenhäuser auch i.S. eines Benchmarkings
 - strukturierter Dialog unterstützt bei Verbesserungsmaßnahmen

Verpflichtende QS-Verfahren nach § 137 SGB V

Bilanz:

- Etabliertes Verfahren zunehmend erfolgreich
- Daten werden in den Kliniken zur Qualitätsverbesserung genutzt
- strukturierter Dialog wird zunehmend geführt

Perspektive:

- Systematische Prüfung notwendig, ob die erhobenen Kriterien ausreichend qualitätsrelevant sind (Keine Datenfriedhöfe !)
- Vermeidung von Mehrfacherhebungen
- Validität der Daten muss gewährleistet sein!

Fallpauschalengesetz April 2002

(Ergänzungen vor Hintergrund der DRG-Einführung)

Qualitätsberichte (erstmalig zum 31.8.2005 für 2004)

- > Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates betonte Nutzen von Leistungsberichten

Ziele des Gesetzgebers:

- Stärkung des Wettbewerbs um gute Qualität
- Stärkung der Transparenz über Leistung und Behandlungsergebnisse
- Verbesserung der Orientierung für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen

Qualitätsberichte

Perspektive:

- Patienten fordern zunehmend die Information
 - Kliniken sollten den Qualitätsbericht nutzen, um
 - ihr Bemühen um Qualitätsverbesserung zu zeigen
 - im Wettbewerb bestehen zu können
- => Gemeinsamer Bundesausschuss bleibt gefordert:
- Weiterentwicklung der Anforderungen/Inhalte an die Berichte (Ergebnisqualität !)
 - Stichprobenverfahren zur Prüfung der Validität
 - Vergleichbarkeit der Berichte sicherstellen

Der Klinik-Führer Ruhrgebiet

Initiativkreis Ruhrgebiet:

Zusammenschluss von Repräsentanten führender Wirtschaftsunternehmen sowie des öffentlichen Lebens seit 1989

(Ziel: Entwicklung des Ruhrgebiets aktiv fördern)

in Zusammenarbeit mit

- Lehrstuhl für Medizin-Management an der Uni Duisburg-Essen (Prof. Wasem)
- Picker Institut Deutschland gGmbH
- The Boston Consulting Group GmbH



Klinik-Führer Ruhrgebiet

Freiwillige Teilnahme von 37 Kliniken mit 58 Fachabteilungen (Chirurgie, Kardiologie, degenerative Wirbelsäulenerkrankungen)

- Patientenbefragungen (12.000)
- Arztbefragungen (3.500)
- Fallzahlermittlung auf Basis interner Leistungsstatistiken (DRG)
- Auswertung der BQS-Daten für die Fachgebiete (freiwillige Übermittlung der Daten aus den Krankenhäusern)

Übersichtstabelle "Allgemeine Chirurgie"



Quelle und Bewertungskriterium		Qualität der Versorgung (Patienten)			Zustand der Patienten (Kliniken)			Reputation der Klinik bei Ärzten (Arztbefragung)	Erfahrung der Klinik bei Eingriffen (DRG-Statistiken)			Behandlungsergebnisse (EQG-Statistiken)	
		Verfahren A-Z - Patient	Vorhalten Pflegepersonal - Patient	Durchlaufzeit - Patient	Zurückentlast in %	Essen	Gesamtzufriedenheit (gewichtet)		Eingriffe an der Gallenblase	Eingriffe an der Schilddrüse	Dick- und Dünndarmresektionen	Qualitätsindex Gallenblasenerkrankung	Qualitätsindex Blinddarmerkrankung
Klinik (Kurzbezeichnung)	Ort	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Zurückentlast in %	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Empfehlungen in %	Anzahl pro Jahr	Anzahl pro Jahr	Anzahl pro Jahr		
EK - Ex. Krankenhaus Dinstaken	Dinstaken	86	91	91	75	88	88		152	46	138		
EK - Ex. Krankenhaus Dübberg Nord	Dübberg	78	90	90	69	89	80		96	24	76		
Ex. Krankenhaus Mülheim	Mülheim	82	90	90	76	90	85	4.8	296	82	280		
Kath. Kliniken Dübberg	Dübberg	80	90	92	81	76	84		122	44	90		
KHEL - St. Barbara-Hospital Gladbeck	Gladbeck	89	93	90	82	92	89		144	80	142		
KWD - St. Marien-Hospital Osterfeld Oberhausen	Oberhausen	91	83	94	81	83	90		158	62	108		
Krassdorfs-Krankenhaus Bottrop	Bottrop	83	86	92	93	88	88	1.2	240	102	68		
Alfred Krupp Krankenhaus Essen	Essen	88	96	92	93	89	92	1.9	238	98	210		
Elisabeth-Krankenhaus Essen	Essen	81	87	89	76	80	83	1.1	104	102	152		
Ex. Kliniken Gelsenkirchen	Gelsenkirchen	86	92	91	94	81	83		104	42	116		
Ex. Krankenhaus Herne	Herne	93	94	96	72	90	90	3.3	208	268	120		
Ex. Krankenhaus Lutherhaus Essen	Essen	88	94	94	76	89	89	1.9	184	10	102		
Kath. Kliniken Essen-Nord - St. Vincenz Krankenhaus und Marienhospital Altenesset	Essen	87	91	96	74	88	86		232	136	154		
Kath. Kliniken Ruhlfeldinsel Essen	Essen	91	88	95	81	87	88		104	24	138		
KHEL - St. Josef-Hospital Gelsenkirchen-Horst	Gelsenkirchen	84	93	93	75	89	87	1.1	136	52	96		
Kliniken Essen-Wild - Ex. Hospitem-Stiftung	Essen	89	94	96	82	83	87	3.2	188	212	288		
Kliniken Essen-Süd - Kath. Krankenhaus St. Josef	Essen	88	93	97	84	86	90		196	26	72		
Krassdorfs-Krankenhaus Bochum-Langendreer	Bochum	84	86	91	84	87	86		96	50	92		
Marienhospital Gelsenkirchen	Gelsenkirchen	81	93	94	84	84	87	2.7	244	130	86		
Martin-Luther-Krankenhaus Bochum-Wilhelmsfeld	Bochum	91	89	91	87	88	91		94	16	74		
St. Alex Hospital Herne	Herne	85	90	91	78	90	87		114	18	94		
St. Josef Hospital Bochum	Bochum	84	92	89	72	87	85	2.8	136	206	104		
Universitätsklinikum Essen	Essen	80	84	89	78	71	81	3.5	46	192	72		
Kliniken Dortmund	Dortmund	83	93	94	89	84	86	1.2	178	280	268		
Krassdorfs-Krankenhaus Dortmund	Dortmund	84	92	97	87	89	89		80	80	46		
Krassdorfs-Krankenhaus Recklinghausen	Recklinghausen	86	93	87	89	86	87	1.4	130	90	66		
Marek-Krankenhaus Schwerte	Schwerte	90	88	96	81	93	91	1.6	116	166	126		
Prosper-Hospital Recklinghausen	Recklinghausen	87	93	94	90	84	90	3.5	172	50	378		
St. Johannes-Hospital Dortmund	Dortmund	85	94	96	85	89	88	3.0	200	142	140		

Kliniken in alphabetischer Einzeldarstellung

Allgemeine Chirurgie



Allgemeine Angaben der Abteilung

Leiter/Klinikdirektor: Herr Prof. Dr. Wilhelm Haarmann
 Telefon-Nr.: 02327 65-1700

Personal	Anzahl
Oberärzte	2
Fachärzte	2
Assistenzärzte	6
Medizinisches Fachpersonal	24
Pflegepersonal	49
Sonstige	3
Bettenzahl der Abteilung	83
Anzahl Operationssäle/Eingriffsplätze	3
24-Stunden-Facharztbereitschaft	Nein Rufbereitschaftsdienst, teilweise durch Fachärzte abgedeckt
KV-Ermächtigung von Spezialsprechstunden	Ja

Einzelergebnisse aus Patientenbefragung, Ärztebefragung und Leistungsstatistiken

Qualität aus Patientensicht	Zufriedenheit
Verhalten Arzt – Patient	91,4 %
Verhalten Pflegepersonal – Patient	95,1 %
Behandlungserfolg	91,5 %
Zimmerausstattung	87,7 %
Essen	85,9 %
Gesamtzufriedenheit gewichtet	91,3 %

Renommee bei Ärzten	Empfehlungen
Eingriffe Gallenblase	<1,0 %
Eingriffe Schilddrüse	<1,0 %
Eingriffe Darmkrebs	<1,0 %
Durchschnitt	<1,0 %

Erfahrung und Verweildauer	Anzahl	Verweildauer
Eingriffe Gallenblase	94	10,68
Eingriffe Schilddrüse	16	6,75
Eingriffe Dick- und Dünndarmresektionen	74	27,54

Weiterbildungsmaßnahmen

Bericht/Teilgebiet	Dauer
Chirurgie	4 Jahre
• Unfallchirurgie	



Beispiel zeigt:

- Eine Region in Deutschland wirbt über die Qualität der Krankenhausleistung für sich
- Kliniken - auch unterschiedlicher Träger - sind bereit, ihre Daten nach Außen offen zu legen
- Kliniken sind bereit, sich externer Qualitätsbewertung zu stellen
- Der Vergleich mit anderen Leistungserbringern - auch in der Region - wird offensichtlich nicht gescheut

Konsequenzen für die Qualitätsberichte:

- Es gibt großen Bedarf, über rein strukturelle Daten hinaus, Informationen zur Ergebnisqualität zu erhalten
- Kliniken sind bereit, mehr als das, was die Rahmenvorgaben der Selbstverwaltung beinhaltet, preiszugeben

Fallpauschalengesetz April 2002

(Ergänzungen vor Hintergrund der DRG-Einführung)

Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 Nr. 3:

=> Katalog von Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Qualität des Behandlungsergebnisses und Menge der erbrachten Leistungen

=> Mindestmengen für diese Leistungen

(Ausnahmetatbestände sollten vereinbart werden)

Begründung:



- internationale Studien belegten den Zusammenhang
- Patienten haben Anspruch auf erfahrene Ärztinnen und Ärzte
- gesetzlich vorgesehene Ausnahmetatbestände ermöglichen sachgerechte Umsetzung

Umsetzung der Mindestmengen

Vereinbarung (31.12.2003)

- Lebertransplantation 10/Haus
- Nierentransplantation 20/Haus
- Komplexe Eingriffe am Ösophagus 5/Haus-5/Arzt
- Komplexe Eingriffe am Pankreas 5/Haus-5/Arzt
- Stammzelltransplantation 10-14/Haus

Anträge für

- Koronarchirurgische Eingriffe 
- Bauchaortenaneurysma
- PTCA
- Behandlung von Neugeborenen in Intensiveinheiten
- Knie-TEP 

Bilanz:

- Zusammenhang zwischen Menge und Qualität besteht
- Zum Teil ist die Fixierung auf bestimmte Grenzwerte problematisch

Perspektive:

- Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen notwendig
- Begleitende Evaluation sinnvoll
- BMGS grundsätzlich bereit zur Finanzierung

„Ich heiÙe Jansen, ich mache Fehler. Ich mache nicht gern Fehler, aber ich lerne gern aus meinen Fehlern“

Aussage eines Hausarztes beim 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Potsdam, September 2004

Risikomanagement ist das Zukunftsthema!

Ziel: Nicht aufzudecken, wer Fehler macht, sondern Strategien zu entwickeln, wie Fehler vermieden werden können

Häufig sind Kommunikationsdefizite und organisatorische Mängel Ursache für Fehler im Gesundheitswesen (SVR 2003)

Perspektive:

- => Risikomanagement ist unverzichtbarer Teil des QM und sollte in allen Einrichtungen eingeführt werden
- => Vorhandensein eines Risikomanagements wird auch Qualitätskriterium für Einrichtungen (Versicherer, Patienten)

Modellprogramm zur Förderung der Qualitätssicherung seit 1991

Ziel: Unterstützung der Selbstverwaltungspartner bei der Gestaltung der QS

> 1991-1994

- Fülle von Einzelprojekten, tracerdiagnosenorientiert
- Qualitätszirkel

> 1994-1998

- QM im ambulanten Bereich, Schnittstelle amb./stationär

> 1998-2000

- Demo-Pro-QM
- freiwillige Zertifizierung KTQ

Förderschwerpunkt „Benchmarking in der Patientenversorgung“

Ziel

Verbesserung der medizinischen **Ergebnisqualität**

Methode

Benchmarking:
systematischer **kollegialer** Erfahrungsaustausch mit der
Orientierung am Besten

Struktur

Verbünde aus ambulanten und/oder stationären Einrichtungen

Benchmarking in der Patientenversorgung: Eckdaten

Fördervolumen: rd. 3 Million Euro

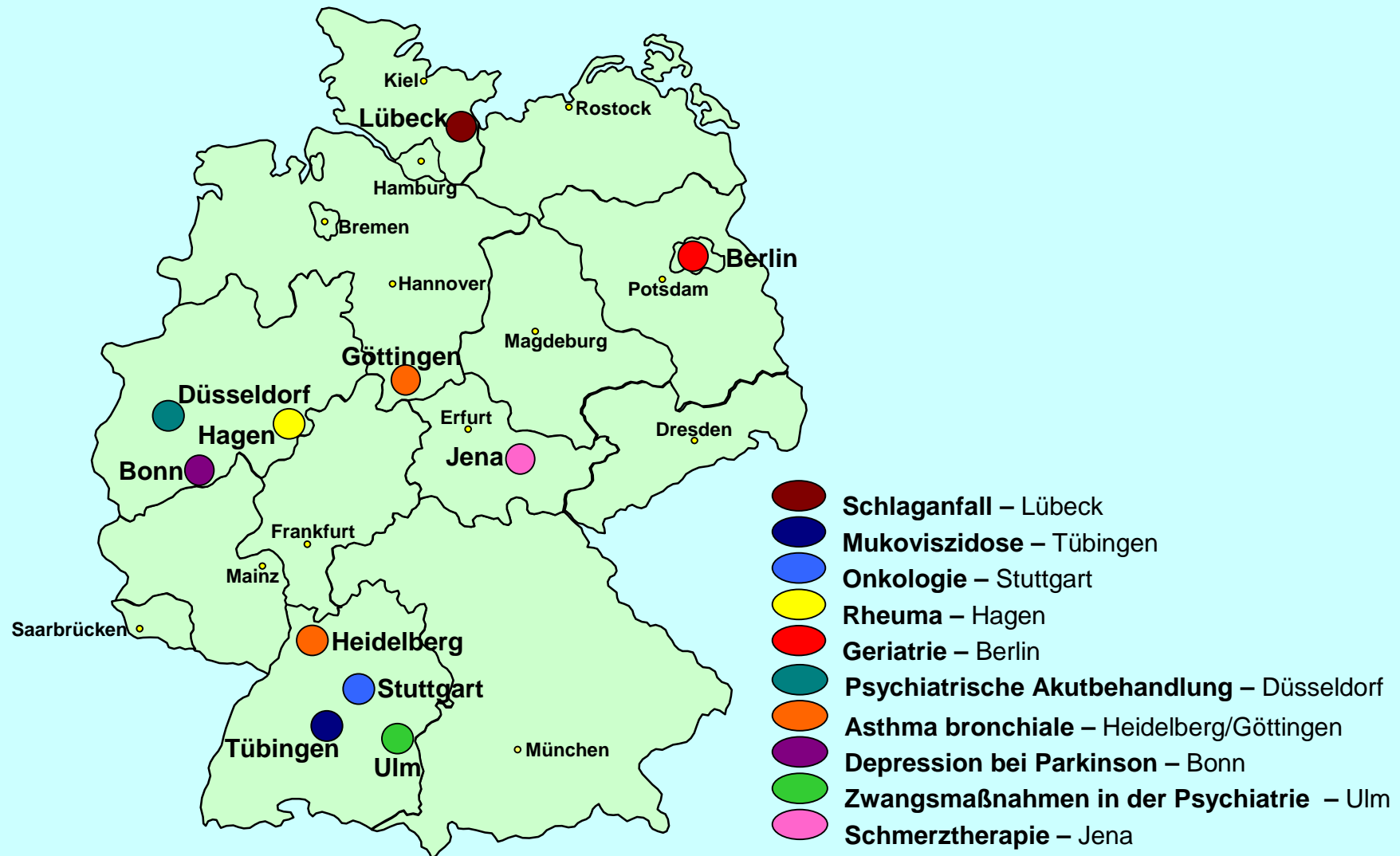
Förderzeitraum: 3 Jahre (Laufzeit 2004-2007)

10 Projekte aus dem ambulanten und/oder stationären
Bereich

Kollegialer Dialog ohne Öffentlichkeit!!

Projektübergreifender Erfahrungsaustausch und
gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit
Internetdarstellung/Workshops

Benchmarking in der Patientenversorgung



Benchmarking in der Patientenversorgung: Praxisbeispiel Schmerztherapie

Projektthema: Verbesserung der postoperativen Schmerztherapie

Teilnehmer: 6 Kliniken – 30 Stationen

Methode: Kontinuierliche Erhebung zur Prozess- und Ergebnisqualität

Parameter der Ergebnisqualität u.a.:

- Senkung der Schmerzintensität
- Verminderung schmerzbedingter Funktionseinschränkungen
- Verminderung therapiebedingter Nebenwirkungen
- Zufriedenheit der Patienten

Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“

Ziel

Gleichberechtigte Beteiligung des Patienten an medizinischen Entscheidungen = *shared decision making*

Methode

Klinische, kontrollierte Studien zur Erprobung von Verfahren des „shared decision making“

Struktur

10 Projekte in verschiedenen Indikationsbereichen

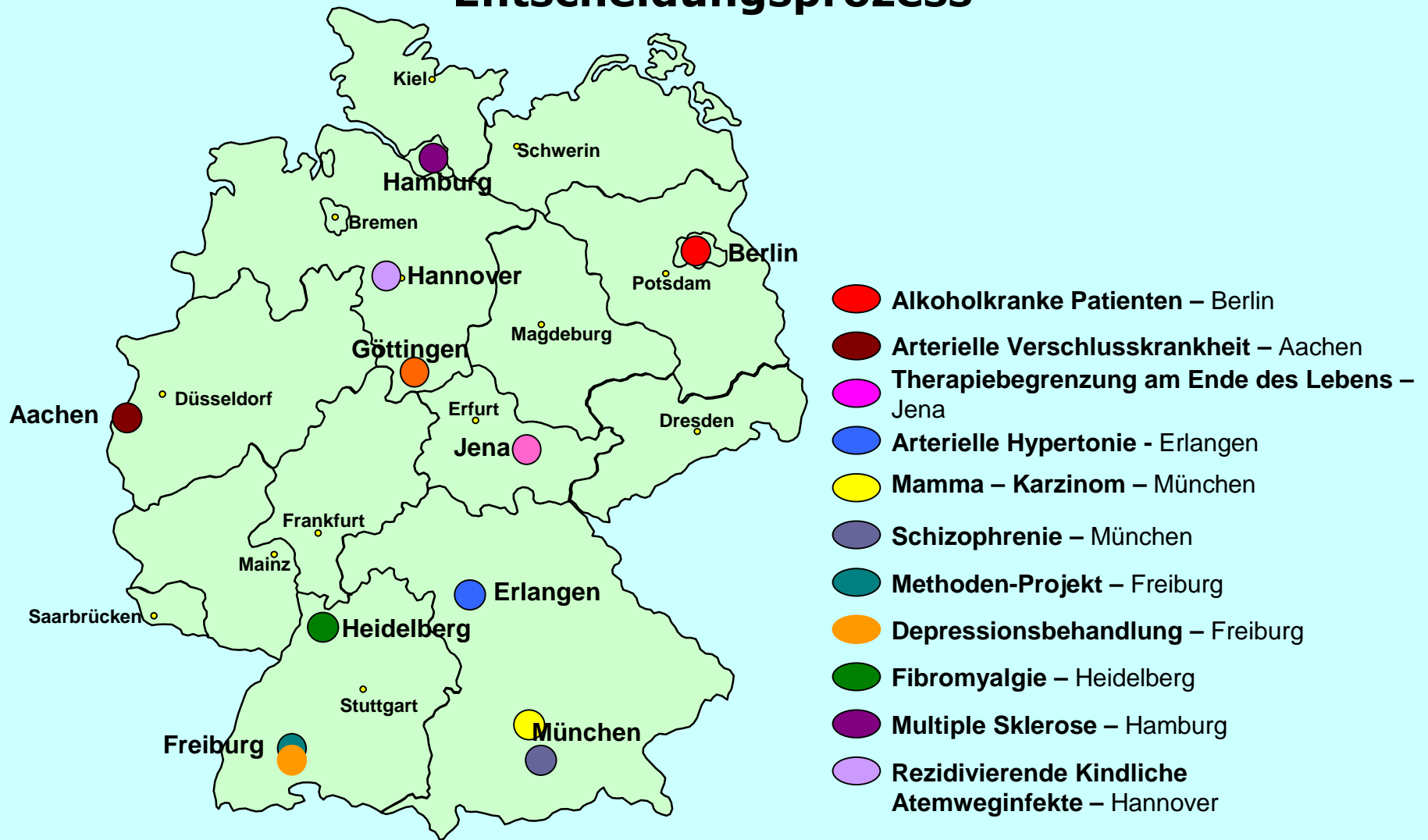
Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess: Eckdaten

Fördervolumen: rd. 3 Million Euro

Förderzeitraum: 3 Jahre (2001-2005)

10 Einzelprojekte
davon 6 im ambulanten Bereich,
4 im stationären Bereich

Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess



Vorläufige Ergebnisse aus den Projekten (I)

Ergebnisse aus den Studien:

- Das Informationsbedürfnis der Patienten ist unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung sehr hoch (zwischen 85% und über 90%)

- Nur ein geringer Anteil der Patienten will die Entscheidung hauptsächlich dem Arzt überlassen:

z.B.	- Patienten mit chronischen Schmerzen:	12%
	- Tumorpatienten im finalen Stadium:	30%
	- Patienten mit Mamma-Karzinom:	8%
	- Patienten mit Multipler Sklerose:	26%
	- Depressive Patienten:	7%
	- Patienten mit arterieller Verschußkrankheit:	17%.

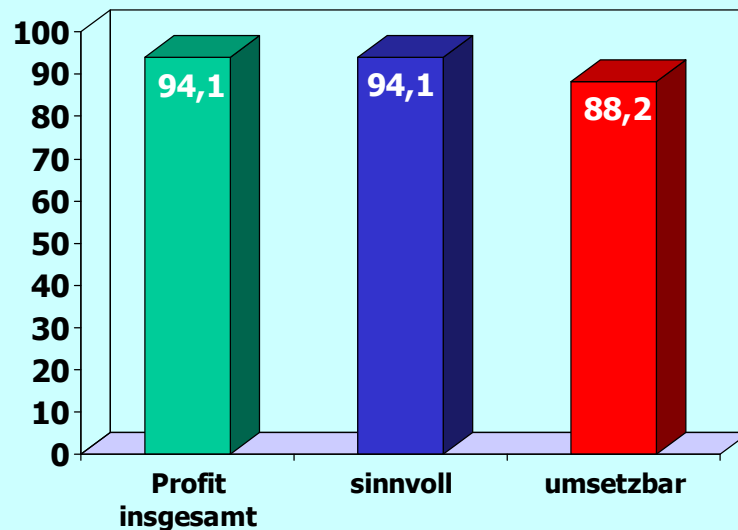
Vorläufige Ergebnisse aus den Projekten (II)

Ergebnisse aus den Studien:

- Die Behandlungsentscheidungen informierter Patienten fallen häufig anders aus und führen zu einer aktivieren Rolle in der Krankheitsbewältigung.
- Eine Partizipative Entscheidungsfindung führt auch zu verbesserten Behandlungsergebnissen (Projekte: Depression, arterielle Hypertonie, Fibromyalgie, Schizophrenie).
- Die Zufriedenheit der Patienten mit der getroffenen Entscheidung ist erhöht.

Vorläufige Ergebnisse aus den Projekten (III)

- Der zeitliche Aufwand für das Arzt-Patienten-Gespräch hat sich nicht wesentlich erhöht (0-4 Minuten mehr).
- Das Training in Partizipativer Entscheidungsfindung ist aus Sicht der Ärzte sehr positiv:



Beispiel:

N=20 Hausärzte, Zentrum Freiburg

(% Angaben „zufrieden“ und „sehr zufrieden“)

Quellen und weitere Ergebnisse

- ▶ Internetseite: www.patient-als-partner.de
- ▶ Bundesgesundheitsblatt 10/2004
- ▶ Abschlussveranstaltung des Förderschwerpunktes
23.-25. Mai 2005 in Berlin (Charité)

Fazit:

- Ohne eine Qualitätssicherung mit Augenmaß geht es zukünftig nicht (Aufwand-Nutzen-Verhältnis)
- Für alle Einrichtungen ist QS auch aus Wettbewerbsgründen notwendig
- Dem Anliegen der Patienten nach mehr Transparenz über die Leistungsfähigkeit und Ergebnisqualität muss soweit wie möglich entsprochen werden
- Die Verantwortlichen müssen die verschiedenen Bausteine der QS anwenden, um den Prozess der stetigen Qualitätsverbesserung zum Nutzen aller Beteiligten voranzubringen
- Der Gemeinsame Bundesausschuss bleibt gefordert, die Anforderungen an die Qualitätssicherung stetig fortzuentwickeln